Document à conserver

OCIANE SANTE COLLECTIVE

Notice d'Information Salarié

Régime frais de santé complémentaire

[CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE]

mutuelle OCIANE

Santé • Prévoyance • Solidarité

Régie par le Code de la Mutualité

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Sommaire

Lexique Page 2

Section 1 : Mutuelle Ociane : qui sommes-nous ? **Page 10**

Section 2 : Le fonctionnement du contrat **Page 11**

1. Les dispositions générales Page 11

2. Le processus d'adhésion Page 11

3. Les évènements survenant en cours d'adhésion Page 13

4. La cessation des garanties Page 14

5. Les cotisations Page 16

Section 3 : La mise en œuvre des prestations **Page 17**

1. Les données de santé Page 17

2. Les garanties du contrat Page 18

3. Le libre choix Page 19

4. Les modalités de calcul des prestations Page 19

5. Les bases et limites des remboursements Page 19

6. La couverture des accidents Page 20

7. Les risques exclus Page 20

8. Le contrôle médical des prestations Page 21

9. Subrogation, prescription, forclusion Page 22

Section 4 : Quelques informations pratiques **Page 23**

1. Les modalités de remboursements Page 23

2. Le dispositif réglementaire Page 28

3. La commission d'entraide mutualiste Page 30

4. Le traitement des réclamations Page 30

5. Vos services internet exclusifs : toute votre mutuelle en ligne sur ociane.fr Page 31

6. Vos contacts Ociane Page 32

Annexe **Page 33**

1. Votre garantie Ociane Assistance Page 33

2. Vos garanties et cotisations complémentaire santé Page 41

Lexique

Ce lexique est destiné à mieux comprendre votre contrat.

Accident
Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré non intentionnelle de sa part et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Acupuncture
Branche de la médecine chinoise traditionnelle consistant à piquer avec des aiguilles des points précis de la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies, diminuer la douleur ou notamment aider à l'arrêt du tabac.

Adhérent ou membre participant
Salarié ou ancien salarié de l'entreprise ou membre de la personne morale souscriptrice qui bénéficie des prestations du contrat collectif et en ouvre le droit, le cas échéant à ses ayants droit.

Affection Longue Durée (ALD)
Maladie reconnue par l'Assurance Maladie Obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la Base de Remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.
Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.
C'est le Médecin Conseil de la Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire qui accorde les droits à cette prise en charge sur demande du médecin traitant.

Appareillage
Matériels médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles…

Assurance Maladie Obligatoire
Régimes obligatoires français couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Auriculothérapie
Thérapeutique dérivée de l'acupuncture traditionnelle qui consiste à traiter différentes affections du corps par la piqûre de points déterminés du pavillon de l'oreille. Elle est notamment utilisée en matière d'aide à l'arrêt du tabac.

Auxiliaires médicaux
Professionnels paramédicaux, à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues…

Ayants droit
Membres de la famille de l'adhérent (Conjoint, concubin, PACS, enfants à charge), bénéficiaires des garanties du contrat, désignés en cette qualité sur le bulletin d'affiliation (voir page 10).

Base de Remboursement (BR)
Tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la Sécurité sociale et celui de votre mutuelle. Il s'agit de :

- **Tarif de Convention (TC)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession,
- **Tarif d'Autorité (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (situation peu fréquente). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de Base de Remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- **Tarif de Responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. La Base de Remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Bénéficiaire
Celui au bénéfice duquel les garanties du contrat peuvent être mises en jeu. Il s'agit de l'adhérent et de ses ayants droit nommément désignés sur le bulletin d'affiliation.

Carte Vitale
La carte Vitale est votre carte d'assuré social. Elle atteste de votre affiliation et de vos droits à l'Assurance maladie. Dite aussi "carte à puce", elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement de vos soins par télétransmission. Elle peut être présentée à tout professionnel ou établissement de santé, équipé du matériel informatique lui permettant de la "lire".

Certificat de radiation
Document établi par le précédent organisme de complémentaire santé suite à la résiliation de votre contrat, permettant lors de l'adhésion à votre mutuelle d'éviter les délais d'attente (délai de carence, stage).

Chiropracteur
Professionnel qui pratique la chiropraxie (méthode thérapeutique visant à soigner différentes affections par manipulation des vertèbres).

Conjoints
Les personnes :
- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité (PACS),
- vivant sous le même toit de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

Contrat collectif à adhésion obligatoire
Contrat conclu entre une personne morale, notamment une entreprise, et un assureur au profit de l'ensemble de ses salariés en vue de leur faire bénéficier d'une protection complémentaire santé s'imposant à eux, sauf dérogations spécifiques.

Contrat responsable
La loi qualifie une complémentaire santé de responsable lorsqu'elle encourage au respect du parcours de soins coordonnés : le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (voir page 27).

Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)
Protection complémentaire gratuite accordée sous conditions de ressources pendant un an.
La demande de CMU Complémentaire doit être faite auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui décide de son attribution. Pour pouvoir y prétendre, le demandeur doit résider en France de manière stable et être en situation régulière.
Selon le choix effectué par l'assuré, la CMU Complémentaire peut être gérée soit par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, soit par un Organisme Complémentaire de protection sociale inscrit sur la liste nationale agréée par la Mission Nationale de Contrôle et d'Audit des organismes de Sécurité sociale.

Cure thermale
Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections (douleurs rhumatismales, eczéma…).

Délai d'attente, délai de carence ou stage
Période suivant l'adhésion pendant laquelle l'adhérent ne peut bénéficier de tout ou partie des garanties souscrites.

Dépassement d'honoraires
Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Diététicien
Spécialiste diplômé en diététique (partie de la médecine et de l'hygiène visant à adapter le régime alimentaire aux besoins particuliers des individus selon leur état de santé, leur mode de vie et leur âge).

Endodontie
Discipline spécialisée dans le traitement des maladies de la pulpe dentaire (intérieur de la dent).

Enfant handicapé
Personne bénéficiaire de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Enfant scolarisé
Par enfant scolarisé, on entend notamment l'étudiant ou le lycéen, y compris dans le cadre d'une formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de qualification…).

Ergothérapeute
Auxiliaire médical spécialiste en ergothérapie (méthode de rééducation et de réadaptation sociale par l'activité physique).

Forfaits et plafonds
Sommes maximales ou limites auxquelles le bénéficiaire peut prétendre pour certaines garanties. Les forfaits et plafonds indiqués aux tableaux de garanties sont exprimés :
- par type de prise en charge (ex : X €/dent, X €/verre),
- et/ou par période (jour/semestre/année).

Le montant des forfaits annuels ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1er janvier de chaque année. Le montant des forfaits semestriels se renouvelle au 1er juillet et au 1er janvier de chaque année. L'augmentation du montant des plafonds liée à l'ancienneté se calcule à partir de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire au contrat de votre mutuelle. **Les plafonds et forfaits annuels ou biennaux non consommés ne se reportent pas d'une période sur l'autre.**

Forfait journalier ou hospitalier
Participation de l'assuré aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (pour une d'hospitalisation supérieure à 24h).
Votre mutuelle prend en charge ce forfait, dans les limites des garanties souscrites.

Frais de séjour
Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses.
En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux qui seront alors facturés à part.

Franchises médicales
Sommes déduites des remboursements effectués par la Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
Ces franchises sont susceptibles d'être modifiées par la loi et ses règlements d'application (article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale).
Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Homéopathie
Discipline basée sur l'administration de substances minérales, végétales ou animales sous forme de granules ou de gouttes, à extrêmement faibles concentrations.

Honoraires médicaux
Rémunération d'un professionnel de santé.

Hypnose
Technique thérapeutique visant à modifier temporairement l'état de conscience d'une personne. Elle offre notamment des résultats intéressants en matière d'aide à l'arrêt du tabac.

Implantologie dentaire
L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

Inlay Onlay
Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métal, composite ou céramique).

Inlay-core
Appelé également faux moignon, l'inlay-core est le tenon métallique qui va s'insérer dans la racine et soutenir la couronne dentaire.

Lit d'accompagnant
Lors de l'hospitalisation d'un enfant, un proche peut l'accompagner. Le coût du lit d'accompagnant reste à sa charge. **Cependant, votre mutuelle rembourse une partie de ces frais journaliers dans la plupart de ses garanties.**

Médecin traitant
Le médecin généraliste ou spécialiste est celui déclaré par le patient auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Médecin correspondant
Le médecin correspondant est celui vers lequel le médecin traitant oriente un patient, soit pour avis, soit pour des examens complémentaires, soit pour un suivi régulier. Le plus souvent, le médecin correspondant est un spécialiste : cardiologue, dermatologue, radiologue, etc.
En consultant le médecin correspondant sur avis du médecin traitant, le patient respecte le parcours de soins coordonnés et il est ainsi mieux remboursé.

Nomenclature
Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, depuis le 1er juin 2014, il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie…), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage…), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

Notice d'information
Il s'agit du présent document établi par la Mutuelle à destination des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale ayant souscrit un contrat collectif d'assurance auprès de la Mutuelle. Ce document définit les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Il précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de Mutuelle Ociane à chaque adhérent. Lorsque les modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque adhérent en lui remettant une nouvelle notice. La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

Nous
Pour les garanties « Frais de soins » : Mutuelle Ociane soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc - 33054 Bordeaux Cedex - N° SIREN : 434 243 085
Pour la garantie « Ociane Assistance» : IMA ASSURANCES, SA au capital de 7 000 000 €, entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 118 avenue de Paris – CS 40000 - 79000 Niort, RCS Niort 481.511.632.

Nullité de la garantie
Mesure visée par la loi - article L. 221-14 du Code de la Mutualité - pour sanctionner l'adhérent ayant fait une fausse déclaration intentionnelle du risque, à l'adhésion au contrat, dans l'intention de nous tromper. La garantie accordée est nulle.

Orthodontie
Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées…), grâce à des appareils dentaires.

Ostéopathe
Professionnel diplômé en ostéopathie (approche thérapeutique qui repose sur des manipulations manuelles des os, des muscles, des viscères ou du crâne).

Parcours de soins coordonnés
Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement.
Il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire âgés de plus de 16 ans. La désignation d'un médecin traitant fait partie intégrante du parcours de soins coordonnés (voir page 28).

Parodontie
La parodontie est la partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus de soutien de la dent : gencive, os alvéolaire, cément et ligament alvéolo-dentaire.

Participation forfaitaire
Somme forfaitaire, dont le montant est fixé par décret, qui reste, conformément aux dispositions de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, à la charge de l'assuré pour chaque consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste ou les examens de radiologie ou de biologie.
La participation forfaitaire ne concerne pas les personnes âgées de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir de leur 6e mois de grossesse et les bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'État (AME).

Participation forfaitaire pour actes coûteux
Participation forfaitaire à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.
Certains actes ne sont pas concernés par cette participation forfaitaire (radiodiagnostic, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD…).

Placements particuliers
Hébergement dans un établissement à caractère médico-social prenant en charge des personnes handicapées et proposant notamment un accompagnement médical et/ou éducatif et/ou professionnel adapté (ex : Foyer d'Accueil Médicalisé, Maison d'Accueil Spécialisée, Instituts d'Éducation Motrice, Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique…) et plus généralement les établissements figurant à l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Plafond
Cf. définition **Forfaits et plafonds.**

Prescription
Délai à l'issue duquel le titulaire d'un droit ne dispose plus d'action pour le faire valoir.

Prothèses auditives ou audioprothèses
Appareils améliorant l'audition de la personne qui en est équipée. Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers. Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin en Oto-Rhino-Laryngologie (ORL).

Prothèses dentaires
Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :
- les prothèses fixes, telles que les couronnes et les bridges,
- les prothèses amovibles (dentiers).

Psychologue
Spécialiste en psychologie (discipline fondée sur l'étude scientifique des faits psychiques, dont l'objectif est de préserver, maintenir ou améliorer le bien-être, la qualité de vie et la santé psychique des personnes).

Psychomotricien
Auxiliaire médical spécialiste en psychomotricité (discipline qui considère les fonctions motrices sous l'angle de leurs relations avec le psychisme, notamment employée pour prévenir ou traiter les troubles psychomoteurs ou les handicaps).

Régime Obligatoire (RO)
Régime d'Assurance maladie auquel l'assuré est affilié de par son activité professionnelle : CPAM (régime général des salariés), RSI (régime social des indépendants), M.S.A, GAMEX (régime agricole), Régime étudiant, Mutualité Fonction Publique.

Répertoire ADELI (Automatisation Des Listes)
Le répertoire ADELI recense tous les professionnels de santé actifs, ayant une autorisation d'exercice légal de leur profession, qui ont, quel que soit leur mode d'exercice, l'obligation de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture du lieu de leur résidence professionnelle.

Reste à charge
Part de la dépense du patient qui n'est prise en charge ni par l'Assurance Maladie Obligatoire, ni par la complémentaire santé.

Soins dentaires
Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribue à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Souscripteur
L'employeur ou la personne morale signataire du présent contrat et défini sous ce nom aux Conditions Particulières.

Subrogation
Substitution de l'assureur dans les droits du bénéficiaire lorsqu'il a été indemnisé contre le(s) tiers responsable(s) du dommage.

Sur-complémentaire
Une sur-complémentaire santé est un renforcement de garanties facultatif qui vient compléter un contrat de complémentaire santé initial.
Une sur-complémentaire vous permettra de limiter ainsi le reste à charge pour certaines dépenses onéreuses.

Tarif de responsabilité
Cf. définition **Base de Remboursement.**

Tarif forfaitaire de responsabilité
Mesure créée par le Ministère de la Santé pour promouvoir la vente des médicaments génériques qui, s'ils sont écartés au profit de médicaments de marque plus onéreux, impose au bénéficiaire des soins de régler la différence de prix entre le médicament de marque et le médicament générique et lui interdit de bénéficier du Tiers payant.

Ticket modérateur
Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et le montant du remboursement qu'elle effectue, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés.
En fonction de la garantie souscrite, votre mutuelle peut prendre en charge tout ou partie de cette somme.

Tiers payant
Dispositif qui dispense le patient de faire l'avance de tout ou partie de ses frais de santé dans les conditions et limites des garanties souscrites. La Sécurité sociale et votre mutuelle règlent directement les professionnels de santé qui le pratiquent et avec lesquels des conventions ont été passées.

Verres simples (optique)
Verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

Verres complexes (optique)
Verres à simple foyer dont la sphère est supérieure à -6.00 ou +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 - Verres multifocaux ou progressifs - Matériel pour amblyopie (loupe visuelle, système ophtalmologique d'occlusion à la lumière…).

Vous
L'adhérent.

Votre entreprise a décidé la mise en place d'un contrat à adhésion obligatoire dans le but de faire bénéficier son personnel, et éventuellement la famille de celui-ci, d'une garantie frais de santé et d'assistance.

Cette garantie s'exerce conformément aux dispositions des statuts de la Mutuelle Ociane qui vous ont été communiqués et sont à votre disposition. Ces statuts définissent les règles de participation des membres au fonctionnement de la mutuelle.

En application de l'article L. 221-6 du code de la Mutualité, la présente notice d'information définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque (soins médicaux ou hospitalisations).

Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

ⓘ Pour plus d'information, retrouvez tous vos contacts en page 31.

Elle constitue le mode d'emploi de votre contrat.

Nous vous recommandons de lire attentivement ce document afin de vous permettre de bénéficier pleinement des services mis à votre disposition.

Section 1 : Mutuelle Ociane : qui sommes-nous ?

Ociane **première mutuelle santé du grand Sud-Ouest,** leader de la protection santé des personnes sur 8 départements, est une mutuelle Santé, Prévoyance et Retraite, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, membre de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

Mutuelle à but non lucratif, Ociane développe ses activités dans le respect des valeurs mutualistes :

- **La qualité de services**
- **La solidarité**
- **La performance :** des forfaits innovants, une gestion rigoureuse et des prix calculés au plus juste.
- **La compétence**
- **La loyauté et la transparence :** des informations claires et précises pour une relation de confiance.

Une expertise régionale reconnue :

- 1re mutuelle du grand Sud-Ouest
- Plus de 80 ans d'expérience dans la protection des personnes
- Plus de 400 000 adhérents
- 30 administrateurs et 394 collaborateurs
- 73 délégués représentant les adhérents
- Plus de 200 millions d'euros de cotisations par an
- 5 600 contrats entreprises
- 45 agences en 2014 et une équipe de conseillers à l'écoute 6 jours sur 7

Ociane obtient la certification ISO 9001

La reconnaissance de la qualité de service Ociane

Ociane s'est engagée depuis de nombreuses années dans une démarche qualité tournée vers l'adhérent et sa satisfaction.

L'obtention de la certification ISO 9001*, accordée par l'AFAQ depuis le 23 juillet 2013, atteste de l'efficacité des procédures mises en œuvre par Ociane. Elle confirme son aptitude à fournir un service de qualité au quotidien et sa volonté d'améliorer celui-ci de façon permanente.

Ociane devient ainsi un des premiers acteurs du marché de la complémentaire santé à obtenir un label qualité aussi exigeant pour l'ensemble de ses activités.

** La certification ISO 9001 : 2008 spécifie les exigences relatives au système de management de la qualité*

Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

Section 2 : Le fonctionnement du contrat

1 Les dispositions générales

1.1. Les bénéficiaires

Vous, l'adhérent

En tant que salarié vous signez le bulletin individuel d'affiliation et devenez ainsi membre participant de la mutuelle.

ⓘ Pour savoir comment inscrire un membre de votre famille sur votre contrat, rendez-vous page 11.

Votre garantie est également ouverte à toute votre famille.

Par famille, on entend : conjoint, concubin, signataire d'un pacs, enfants jusqu'à la fin de l'année civile de leur 28ème anniversaire ou sans limite d'âge s'ils bénéficient des allocations pour personnes handicapées au sens des dispositions législatives ou règlementaires applicables aux personnes handicapées.

1.2. Les dispenses d'affiliation possibles

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le souscripteur doit affilier au contrat l'ensemble des salariés désignés aux Conditions Particulières sous réserve des cas de dispense admis et mentionnés dans l'acte de mise en place du régime de protection sociale.

Dans ce cas, le salarié doit en exprimer la demande et fournir le justificatif de dispense.

Quand l'objet de la dispense n'existe plus, le salarié doit adhérer.

Lorsque le contrat collectif est mis en place par décision unilatérale de l'employeur, les salariés présents à cette date peuvent également refuser d'adhérer sur le fondement de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Évin.

1.3. Le choix de la garantie

ⓘ Retrouvez le descriptif des garanties souscrites ainsi que les cotisations en ANNEXES de cette notice.

L'employeur ou la personne morale souscrit un niveau de garantie pour l'ensemble des salariés d'un même établissement dans le cadre du contrat collectif obligatoire.

Chaque adhérent peut ensuite opter à titre facultatif, **dans un délai de 3 mois maximum suivant son affiliation au contrat collectif obligatoire souscrit par l'employeur,** pour un niveau de garanties sur-complémentaires, qu'il spécifie sur le bulletin individuel d'affiliation.

A défaut, la garantie sur-complémentaire ne prendra effet qu'à compter du 1er janvier N+2 (12 mois minimum dans la garantie avant de pouvoir la modifier, avec effet au 1er janvier suivant et avec un préavis de 2 mois).

Les niveaux de sur-complémentaires sont indiqués sur le tableau de garanties en Annexe.

Les ayants-droit de l'adhérent peuvent bénéficier à titre facultatif du contrat en souscrivant un niveau de garanties identique à celui de l'adhérent. La perte de la qualité d'adhérent entraîne obligatoirement et automatiquement la perte de la qualité d'ayant-droit de l'adhérent.

2 Le processus d'adhésion

2.1. Quand débute votre adhésion ?

L'adhésion est acquise à effet immédiat pour :

- tout salarié à compter de la date à laquelle il remplit les conditions pour accéder au contrat ainsi que les membres de sa famille adhérant simultanément par son intermédiaire à titre de membre bénéficiaire,
- le conjoint du membre participant qui adhère dans les 12 mois qui suivent la date du mariage, de la déclaration de concubinage ou de la signature d'un PACS,

- le nouveau-né dont l'inscription à la mutuelle est demandée dans les ~~3~~ mois suivant sa naissance. Il en est de même en cas d'adoption, la date d'adhésion étant fixée sur présentation de la pièce officielle.

Dans les autres cas, les ayants-droit du membre participant ne bénéficient des avantages de la mutuelle qu'après avoir accompli un stage fixé à :

- 3 mois pour l'hospitalisation,
- 6 mois pour les risques en optique et dentaire (prothèse, orthodontie, implantologie et parodontologie),
- 10 mois pour le risque maternité (y compris la prime d'inscription à la naissance).

Ces stages pourront être supprimés sur justification de garanties antérieures au moins équivalentes.

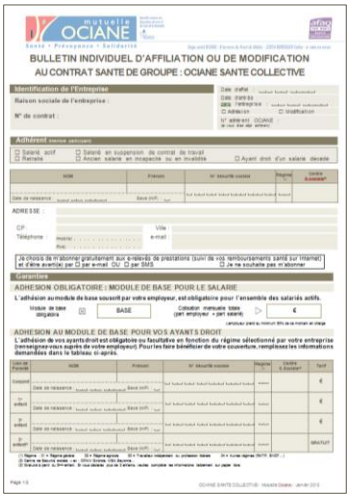
2.2. L'adhésion du salarié

Pour adhérer au contrat santé, il vous suffit de compléter un bulletin individuel d'affiliation et y joindre la copie de l'attestation papier récente de votre carte Vitale.

ⓘ Pour en savoir plus sur le service de Tiers payant OCIANE, rendez-vous page 22.

Lorsque votre adhésion est enregistrée, vous recevez les jours qui suivent, votre carte adhérent de Tiers payant en deux exemplaires, les statuts de la mutuelle, et le cas échéant votre carte et le livret Assistance.

2.3. L'adhésion de votre conjoint : époux(se), concubin, PACS


BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION OU DE MODIFICATION
AU CONTRAT SANTE DE GROUPE : OCIANE SANTE COLLECTIVE

Pour inscrire votre conjoint sur votre contrat santé, vous devez compléter un bulletin d'affiliation, sur lequel doit figurer le cachet de votre entreprise, et nous l'envoyer accompagné des pièces suivantes :

- une copie de l'attestation papier carte Vitale sur laquelle figure le conjoint,
- une copie du livret de famille, de l'attestation de concubinage ou de PACS délivré par votre mairie ou le tribunal de grande instance,
- et le cas échéant, le certificat de radiation transmis par le précédent organisme complémentaire santé, précisant le détail de la garantie. Ce document doit être produit dans les 2 mois qui suivent la date de radiation du précédent organisme.

A réception de votre dossier complet, nous vous adressons une nouvelle carte adhérent de Tiers payant actualisée.

2.4. L'adhésion de vos enfants à charge de moins de 18 ans

Pour inscrire votre enfant sur votre contrat santé, vous devez compléter un bulletin individuel d'affiliation, sur lequel doit figurer le cachet de votre entreprise, et nous l'envoyer accompagné des pièces suivantes :

- une copie de l'attestation papier carte Vitale sur laquelle figure l'enfant,
- pour le versement de la prime d'inscription naissance ou adoption : une copie de l'extrait d'acte de naissance délivré par votre mairie ou du certificat d'adoption délivré par le tribunal de grande instance (Voir démarche page 26).

A réception de votre dossier complet, nous vous adressons une nouvelle carte adhérent de Tiers payant actualisée.

2.5. L'adhésion de vos enfants à charge de 18 à 28 ans

Si votre enfant poursuit des études ou est en apprentissage, il peut continuer à bénéficier de votre garantie s'il a moins de 28 ans.

Pour inscrire votre enfant sur votre contrat santé, vous devez compléter un bulletin d'affiliation individuel, sur lequel doit figurer le cachet de votre entreprise, et nous l'envoyer accompagné des pièces suivantes :

- une copie de l'attestation papier carte Vitale sur laquelle figure l'enfant,
- un certificat de scolarité, d'apprentissage.

A réception de votre dossier complet, nous vous adressons une nouvelle carte adhérent de Tiers payant actualisée.

3 Les évènements survenant en cours d'adhésion : changement de situation ou de garanties

Il est important de nous signaler toute modification de vos coordonnées pour ne pas retarder nos échanges.

Les modifications (comme par exemple le changement d'un RIB, de nom ou bien encore d'adresse) prennent effet au plus tôt le lendemain de la demande.

IMPORTANT : Lorsque les informations communiquées ne sont pas sincères, vous vous exposez à des sanctions en cas de mauvaise foi : nullité de la garantie facultative (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

3.1. Le changement de coordonnées : déménagement ou changement de numéro de téléphone

Il vous suffit de communiquer vos nouvelles coordonnées à la mutuelle :

- en contactant un Conseiller au 0 820 220 320 (0.09€ TTC/MN ou selon conditions de votre opérateur) ou au 05 56 01 57 57,
- en effectuant directement les modifications dans votre Espace Adhérent sur **ociane.fr.**

3.2. Le changement de coordonnées bancaires du compte sur lequel vous recevez vos remboursements

Envoyez-nous le relevé d'identité bancaire fourni par votre banque. Il nous permettra d'effectuer les remboursements sur votre nouveau compte.

3.3. Le changement de coordonnées bancaires du compte sur lequel vous êtes prélevé de tout ou partie de la cotisation

Nouveau service de prélèvement européen SEPA en 2014 !

Si vous réglez tout ou partie de votre cotisation, et que vous souhaitez le faire depuis ce nouveau compte, envoyez-nous le relevé d'identité bancaire (RIB, RIP ou RICE), sur lequel figurent les codes IBAN et BIC, fournis par votre banque. Vous devez également nous transmettre le formulaire de mandat SEPA (qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement) disponible sur votre Espace Adhérent sur ociane.fr ou sur simple demande.

3.4. Le changement de régime ou de centre de Sécurité sociale

Vos coordonnées Sécurité sociale sont indispensables pour garantir un remboursement rapide et bénéficier des échanges avec le centre de Sécurité sociale (NOEMIE) dont vous dépendez.

Aussi, en cas de changement de centre de Sécurité sociale, vous devez nous faire parvenir :

- une copie de la nouvelle attestation papier carte Vitale sur laquelle figurent les personnes couvertes,
- les coordonnées précises de votre nouveau centre (ou caisse) d'affiliation.

3.5. Le changement de niveau de garanties sur-complémentaires

ⓘ Retrouvez le descriptif des garanties souscrites ainsi que les cotisations en ANNEXES de cette notice.

Le changement du niveau de sur-complémentaire est possible passé une durée minimale de 12 mois dans la garantie en cours, à effet du 1er janvier de l'année suivant la demande, et avec un préavis de 2 mois.

Dans certains cas, et **sur présentation de justificatifs**, le changement du niveau de garanties est possible à effet du 1er jour du mois suivant la demande en cas de changement de situation de famille de l'adhérent (mariage, divorce, naissance ou adoption d'un enfant, concubinage, PACS, décès).

4 La cessation des garanties

4.1. Le départ de l'adhérent

A votre départ de l'entreprise, plusieurs situations peuvent se présenter, de façon successive :

4.1.1. Régime d'accueil ANI (portabilité des droits)

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, modifié par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, a mis en place **un mécanisme de « portabilité des droits » accordant aux salariés dont le contrat de travail a été rompu, le bénéfice, sous certaines conditions, du maintien des garanties des couvertures complémentaires santé et prévoyance.**

La portabilité des droits est une obligation conventionnelle qui pèse sur l'employeur. Le salarié peut y renoncer par écrit dans les 10 jours qui suivent la cessation de son contrat de travail. Cette renonciation est définitive et vaut pour l'ensemble des garanties souscrites en santé et le cas échéant en prévoyance.

Plusieurs conditions sont à remplir pour bénéficier de la portabilité : la rupture du contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde et elle doit ouvrir droit au bénéfice de l'assurance chômage. Il appartient à l'ancien salarié de fournir la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage chaque trimestre. Le maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à la couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Le droit à portabilité s'applique aux garanties en vigueur dans l'ancienne entreprise et suit leurs évolutions éventuelles, en termes de niveau de prestations. Sauf stipulation contraire de l'ancien salarié, les ayants-droit admis au titre du maintien des garanties sont au maximum ceux enregistrés au moment de la rupture du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet à la date de cessation du contrat de travail pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, avec un maximum de 12 mois à ce jour.

L'interruption du paiement des allocations chômage pour maladie ne prolonge pas la durée de la portabilité et n'entraîne pas une interruption du maintien des garanties.

Le maintien des garanties cesse de plein droit en cas de reprise d'activité, que la personne acquière ou non de nouveaux droits dans sa nouvelle entreprise. Il cesse également au moment de la liquidation des droits à la retraite.

Le financement de la portabilité est mutualisé. Ainsi, le maintien des garanties des couvertures complémentaires santé s'effectue à titre gratuit.

4.1.2. Régime d'accueil Loi Evin

Selon l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie peut être maintenue :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement (sans conditions de durée),
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé (pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès)

La mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du portabilité des droits.

Pour bénéficier du maintien de la garantie, les anciens salariés doivent en faire la demande dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail (ou suivant le décès du salarié pour les personnes garanties du chef de l'assuré décédé), ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire de la portabilité des droits.

4.2. La radiation des ayants-droit inscrits au contrat

La demande de radiation doit être adressée à la mutuelle au moins 2 mois avant l'échéance du contrat. Passé ce délai, la radiation ne prend effet qu'à l'échéance suivante.

Il est toutefois possible de demander une radiation en cours d'année en cas de :

- obligation d'un ayant-droit d'adhérer à un contrat collectif,
- départ à l'étranger,
- bénéfice de la CMU ou de l'ACS.

La radiation intervient alors au 1er jour du mois suivant la demande.

En cas de décès, la radiation intervient au 1er jour du mois suivant la date du décès.

4.2.1. Radiation d'un ayant-droit - conjoint, enfant…- en cas de décès

Pour radier un ayant-droit (conjoint, enfant…) de votre contrat santé suite à un décès, vous devez rédiger un courrier de demande de radiation, et nous l'envoyer accompagné de la **copie du certificat de décès**.

A réception de votre courrier, nous vous adressons une nouvelle carte adhérent de Tiers payant actualisée.

4.2.2. Radiation d'un ayant-droit en cas d'obligation d'adhérer à un contrat collectif

Uniquement dans le cadre d'un contrat à adhésion facultative pour les ayants-droit

Si vous souhaitez résilier un ayant-droit de votre contrat santé dans le cadre d'une obligation d'adhérer à un contrat collectif, vous devez rédiger un courrier de demande de radiation, et nous l'envoyer accompagné de **l'attestation employeur** justifiant le caractère obligatoire du contrat.

A réception de votre courrier, nous vous adressons une nouvelle carte adhérent de Tiers payant actualisée.

4.2.3. Radiation d'un ayant-droit en cas de départ à l'étranger

Si vous souhaitez résilier un ayant-droit de votre contrat santé en cas de départ à l'étranger, vous devez rédiger un courrier de demande de radiation et nous l'envoyer accompagné des pièces suivantes :

- **attestation employeur** justifiant le départ à l'étranger,

ou

- **déclaration sur l'honneur.**

A réception de votre courrier, nous vous adressons une nouvelle carte adhérent de Tiers payant actualisée.

5 Les cotisations

5.1. Le paiement des cotisations

(Les modalités de paiement sont définies aux Conditions Particulières)

ⓘ Retrouvez le descriptif des garanties souscrites ainsi que les cotisations en ANNEXES de cette notice.

5.1.1. Le paiement des cotisations des garanties obligatoires

La cotisation est payable d'avance ; Elle peut être réglée en plusieurs fractions (mensuelle, semestrielle). Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

La cotisation du salarié sera intégralement appelée par la mutuelle à l'employeur (y compris la part prise en charge par le salarié).

Le non-paiement des cotisations entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue par l'article L.221-8 du Code de la Mutualité qui stipule que :

"I. - *Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.*

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle ou l'union l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'affiliation ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent I.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle ou de l'union, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement ».

5.1.1. Le paiement des cotisations des garanties facultatives

La cotisation est payable d'avance ; Elle peut être réglée en plusieurs fractions (mensuelle, trimestrielle, semestrielle). Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

La cotisation du salarié et de ses ayants-droit sera intégralement appelée par la mutuelle au salarié (y compris la cotisation des ayants-droit au module de base à titre facultatif).

Le non-paiement des cotisations entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue par l'article L.221-8 du Code de la Mutualité qui stipule que :

"II. - Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'affiliation ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations ».

5.2. La révision des cotisations

Les cotisations sont révisables, chaque année, au 1er janvier.

La révision des cotisations peut avoir pour motif :

- un changement de régime obligatoire,
- une modification du niveau de garanties,
- des modifications dans les nombres de personnes couvertes,
- une modification de l'âge,
- un changement d'adresse du souscripteur (employeur),
- un accroissement de la consommation médicale (fréquence/coût des prestations) et/ou une dégradation des résultats techniques du contrat ou du groupe de contrats homogènes auquel appartient le contrat,
- une modification de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ou de la législation fiscale ou sociale.

Une révision en cours d'année pourrait être appliquée en cas de modification de la base de remboursement de l'Assurance Maladie ou de la législation fiscale ou sociale.

Section 3 : La mise en œuvre des prestations

1 Les données de santé

1.1. La collecte des données de santé

La mutuelle s'engage à prendre toutes dispositions pour préserver la confidentialité des informations transmises.

La mise en œuvre de la gestion des droits aux prestations du contrat santé justifie la collecte des données de santé afin de s'assurer de la réalité et du montant des frais de santé engagés.

À ce titre et dans le cadre de cette finalité, l'adhérent ainsi que les bénéficiaires des soins autorisent la collecte des données de santé les concernant.

L'adhérent ainsi que le conjoint acceptent également, en qualité de titulaire de l'autorité parentale, que des données de santé concernant leur(s) enfant(s) mineur(s) soient collectées.

Enfin, l'adhérent et le conjoint acceptent, le cas échéant, en qualité de tuteur, que des données de santé concernant la personne placée sous tutelle, bénéficiaire des soins, soient collectées.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé par la mutuelle. Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004 relative à la protection des données à caractère personnel, les membres participants et leurs ayants-droit peuvent obtenir à tout moment communication – et le cas échéant rectification, blocage ou suppression – des informations les concernant en s'adressant à la mutuelle.

1.2. Les échanges informatisés avec l'Assurance Maladie Obligatoire

L'adhérent et les bénéficiaires des soins sont référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie Obligatoire et bénéficient des traitements d'échanges informatisés entre leur Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire et nous dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes.

Ces échanges les dispensent de nous adresser les décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Ils ne les dispensent pas en revanche de nous adresser les factures d'honoraires ou toutes factures de leurs dépenses de santé, acquittées, nécessaires pour les besoins du traitement par nos soins de ces dossiers.

L'adhérent et les bénéficiaires des soins ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre leur Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire et nous, en exprimant leur refus au moyen d'une simple lettre adressée à notre attention.

Nous nous engageons à communiquer à leur Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire leur décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

Dans ce cas, ils devront nous adresser les décomptes de remboursements effectués par leur Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire.

Ce système est opérationnel dans toute la France avec les CPAM (régime général) et la plupart des caisses des autres régimes obligatoires d'Assurance maladie (MSA, RSI, Régimes étudiants, Mutualité Fonction Publique).

Les garanties proposées ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé exposés par le membre participant et ses ayants-droit, en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale (sauf dispositions figurant aux descriptifs des garanties) et sous les réserves exposées au point « *Risques exclus* » en page 21.

2 Les garanties du contrat

Les garanties sont exprimées remboursement Sécurité sociale inclus, hormis pour les forfaits optiques, dentaires, audioprothèses, Prévention et médecines douces, Protection « Gros Pépin » et la « Prime d'inscription naissance ou adoption » exprimés en euros, remboursement Sécurité sociale non compris.

Sont pris en charge par la mutuelle les frais de soins effectués pendant la période de garantie dans les limites et plafonds fixés aux tableaux de garantie annexés à cette Notice.

Forfaits et plafonds des prestations

Les plafonds et limites des prestations dépendent des niveaux de couverture souscrits par l'entreprise et, le cas échéant, par l'adhérent s'il a opté pour la souscription d'une garantie sur-complémentaire facultative.

Les montants des forfaits annuels ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1er janvier de chaque année. Les montants des forfaits semestriels se renouvellent au 1er janvier et au 1er juillet de chaque année.

Les plafonds et forfaits annuels ou biennaux non consommés ne se reportent pas d'une période sur l'autre.

Les prestations sont, dans tous les cas, limitées, pour chaque acte, aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

3 Le libre choix

La mutuelle garantit le libre choix :

- du chirurgien, du praticien, de l'omnipraticien, du spécialiste parmi ceux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ;
- du pharmacien, de l'opticien, du laboratoire, et de tout autre professionnel de santé agréé par la Sécurité sociale ;
- de l'établissement de soins, public ou privé, parmi ceux agréés par la Sécurité sociale.

4 Les modalités de calcul des prestations

Les remboursements sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire d'Assurance maladie, ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

La mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte, en fonction des garanties souscrites, en prenant pour référence la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou les forfaits.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs peuvent être cumulées dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant successivement aux organismes concernés.

En cas de modification des actes figurant aux nomenclatures des actes professionnels (Nomenclature Générale des Actes Professionnels [NGAP], Classification Commune des Actes Médicaux [CCAM], Liste des Produits et Prestations [LPP], Nomenclature des Actes de Biologie Médicale [NABM], Groupes Homogènes de Séjours [GHS]) ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance Maladie du bénéficiaire entre la date des soins et celle de la demande de remboursement, le niveau de notre intervention correspond à celui qui était applicable à la date des soins.

5 Les bases et limites des remboursements

Les prestations mentionnées dans les tableaux de garanties sont, dans tous les cas, limitées, pour chaque acte, aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire et sont toujours payées en France et en Euros.

Sauf autres dispositions indiquées au descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

Les frais de santé doivent correspondre à des soins commencés ou prescrits postérieurement à la date d'effet de l'adhésion ou à la date d'ouverture du droit aux prestations. En ce qui concerne l'optique, c'est la date de facturation qui est prise en compte.

Les limites appliquées aux remboursements

- **Soins à l'étranger** : les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursées dans la limite du tarif de responsabilité retenu par le Régime Obligatoire.
- **Chambre particulière** : la mutuelle ne peut être tenue pour responsable si l'adhérent cotisant pour la garantie chambre particulière ne peut bénéficier de cette prestation par manque de place dans l'établissement choisi. Les suppléments en hospitalisation ambulatoire sont pris en charge sous réserve que la garantie souscrite le prévoit et dans le cas d'hospitalisation donnant lieu à facturation d'un Acte de Chirurgie (ADC) ou d'un Acte Technique Médical (ATM) accompagné d'un acte d'Anesthésie (ADA).

6 La couverture des accidents

6.1. La déclaration des accidents

L'adhérent doit adresser à la mutuelle, dans les cinq jours suivant l'accident, une déclaration indiquant :

- les **causes,** le **lieu** et les **circonstances** dans lesquelles l'accident s'est produit ;
- le **nom des témoins** ;
- les **noms et adresses du tiers responsable** et de **la compagnie d'assurances** qui garantit la responsabilité de ce tiers ;
- l'indication précise du **Commissariat ou de la Brigade de Gendarmerie** qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

En conséquence, dans les cas d'accidents où la mutuelle, en vertu d'une convention de Tiers payant serait amenée à régler pour le compte de son adhérent, tout ou partie des frais, ce règlement fait à titre d'avance, constituerait au profit de la mutuelle, une créance sur ledit adhérent qui sera tenu de la lui rembourser.

En cas d'accident, l'adhérent doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile, et de ses intentions. La mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

L'adhérent doit également informer la mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant décisif et n'étant opposable à la mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

6.2. L'intervention de la mutuelle

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription, et dans la limite des frais réels. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de sons choix.

En cas d'accident dont la responsabilité peut être imputée à un tiers, la mutuelle intervient dans la mesure où l'adhérent a fourni à la mutuelle, une déclaration établie conformément aux indications de l'alinéa "déclaration des accidents".

L'adhérent doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre du tiers, ou de l'assureur substitué, une action en vue de faire connaître son droit à réparation.

En application des dispositions concernant la subrogation (présentées en page 21), la mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable.

7 Exclusions

Outre les exclusions spécifiques à chacune des garanties du présent contrat, nous ne remboursons pas :

- la participation forfaitaire et les franchises médicales annuelles prévues à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation mise à la charge de l'assuré par l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans le cas où il n'a pas choisi de médecin traitant, consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ou consulte un spécialiste sans prescription préalable du médecin traitant – hors cadre d'un protocole de soins,
- les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile non reconnues comme médicalement justifiées par le professionnel de santé, tout comme par les Régimes Obligatoires,

- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18e de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant,

Sont également exclus de nos garanties :

- les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'adhésion ou de la modification de garantie ;
- les soins, actes médicaux, ou hospitalisations débutants ou prescrits pendant la période de stage
- les soins, actes médicaux ou hospitalisations, autres que ceux décrits ci-dessus dans le cadre du Contrat Responsable, lorsqu'ils sont la conséquence des faits suivants :
  - d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes,
  - de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ou émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou des déchets radioactifs,
  - d'une guerre civile ou étrangère, ou si l'assuré y participe, d'interventions militaires,
  - d'une intervention chirurgicale, médicale, obstétricale, esthétique, entreprise sur l'assuré par lui-même ou par un tiers non muni des diplômes exigés par la réglementation française pour effectuer celle-ci,
  - de la manipulation volontaire par l'assuré d'un engin de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
  - de la participation volontaire de l'assuré à une rixe, un défi, une lutte ou un pari.
- les frais d'hospitalisation ne faisant l'objet d'aucune prise en charge par la Sécurité sociale,
- les séjours en maison de santé médicale pour personnes âgées, les séjours dans les établissements spécialisés à caractère médical et/ou sanitaire et social avec ou sans hébergement notamment ceux figurant à l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, aérium, préventorium, sanatorium,
- les transports liés aux cures thermales ;
- les frais de séjour liés aux cures thermales, si le séjour n'est pas effectué en milieu hospitalier ;
- les frais de séjour et les transports liées aux postcures.
- les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement, ainsi qu'aux traitements "esthétiques" sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident qui aurait entraîné la garantie de la mutuelle (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction).

Il est expressément précisé qu'aucun des actes médicaux ni aucun des soins entrant dans le périmètre de tout contrat responsable ne saurait faire l'objet de la moindre exclusion, quelles que soient les causes ou les circonstances qui les auraient rendus nécessaires.

8 Le contrôle médical des prestations

La mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment, aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. L'adhérent ne peut se soustraire à ces visites, contrôles et enquêtes sous peine de suspension immédiate du service des prestations.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, le médecin conseil de la mutuelle ou tout autre médecin désigné par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la mutuelle, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins. Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

9 Subrogation, prescription, forclusion

9.1. La subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

9.2. La prescription

En application des dispositions des articles L. 221-11, L. 221-12 et L. 221-12-1 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des engagements réciproques des adhérents et de la mutuelle sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du bénéficiaire contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue par une des causes d'interruption visées par le Code de la Mutualité (article L.221-12).

Les parties au contrat ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

9.3. La forclusion

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de deux ans maximum, à compter de la date de remboursement du régime d'obligation, ou du régime sur-complémentaire, ou du fait générateur motivant la demande pour les autres prestations non liées à l'intervention d'un autre régime.

Section 4 : Quelques informations pratiques

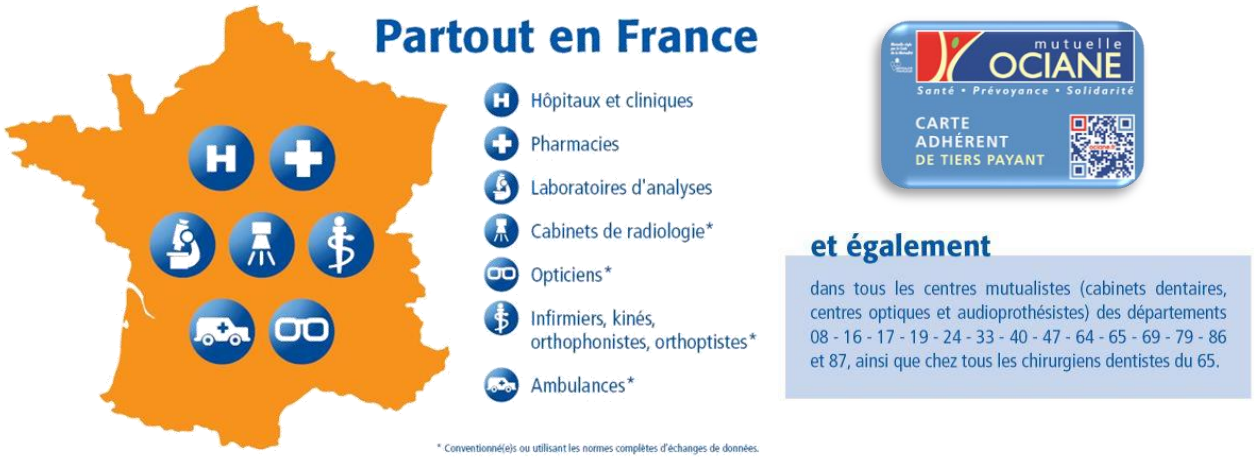
1 Les modalités de remboursement

1.1. Le Tiers payant

Le Tiers payant est le service qui dispense l'assuré de faire l'avance de frais chez les professionnels de santé (dans la limite de la garantie souscrite).

La carte de Tiers payant vous permet de ne pas faire l'avance de vos frais de santé auprès de la plupart des professionnels de santé, dans la France entière : hôpitaux et cliniques, pharmacies, laboratoires d'analyses, cabinets de radiologie, opticiens, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, ambulances.

ⓘ Pour consultez la liste des professionnels de santé et des centres mutualistes avec lesquels vous bénéficiez du Tiers payant Ociane, rendez-vous sur l'Espace Adhérent d'ociane.fr (rubrique *Vos remboursements*)


Partout en France
Hôpitaux et cliniques
Pharmacies
Laboratoires d'analyses
Cabinets de radiologie*
Opticiens*
Infirmiers, kinés, orthophonistes, orthoptistes*
Ambulances*
* Conventionné(e)s ou utilisant les normes complètes d'échanges de données.
mutuelle OCIANE
Santé • Prévoyance • Solidarité
CARTE ADHÉRENT DE TIERS PAYANT
et également
dans tous les centres mutualistes (cabinets dentaires, centres optiques et audioprothésistes) des départements 08 - 16 - 17 - 19 - 24 - 33 - 40 - 47 - 64 - 65 - 69 - 79 - 86 et 87, ainsi que chez tous les chirurgiens dentistes du 65.

Le Tiers payant optique avec les opticiens du réseau Carrés Bleus *(courant 2015)*

Faites confiance à l'un de nos 7 000 opticiens partenaires Carrés Bleus !

Auprès de ces professionnels, vous cumulez les avantages :

- tarifs négociés sur une large gamme de montures et de verres,
- qualité contrôlée des équipements proposés,
- garantie Casse offerte,
- pas **d'avance de frais** grâce au Tiers payant.

Pour plus d'informations et pour trouver l'un de nos partenaires **Carrés Bleus**, contactez-nous au 02 35 03 68 68.

L'ouverture des droits

Pour bénéficier de ce service, la mutuelle délivre à ses adhérents une carte permettant l'ouverture des droits à prestations.

Votre carte adhérent de Tiers payant est le témoin de votre adhésion. Elle comporte votre nom et prénom ainsi que le numéro d'adhérent. Elle est valable pour l'ensemble des personnes protégées (ayants-droit) dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

Elle est remise au membre participant, **en deux exemplaires**, au moment de l'adhésion, par la mutuelle gestionnaire, puis est renouvelée chaque début d'année.

L'adhérent ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations ; dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la mutuelle la dette dont il serait alors redevable. En cas de radiation en cours d'année, l'adhérent est tenu de restituer à la mutuelle sous 48 heures les documents qui lui ont été délivrés.

Pour utiliser le Tiers payant

Pour profiter de ce service, le bénéficiaire des soins présente au professionnel de santé sa **carte adhérent de Tiers payant** en même temps que sa **carte Vitale** (ou l'attestation papier carte Vitale).

Vous ne réglez au professionnel de santé que la part non prise en charge par le régime obligatoire ou la mutuelle.

Le Tiers payant n'est possible que dans le cadre du « parcours de soins » et sous réserve de conventions et de l'accord du professionnel de santé**.**

1.2. Si vous avez fait l'avance des frais

En l'absence de procédure de Tiers payant, les demandes de remboursement sont traitées de la façon suivante :

- soit par prise en compte directe par télétransmission du décompte de Sécurité sociale pour ceux qui bénéficient du système d'automatisation des échanges d'informations avec les régimes obligatoires (système d'échange NOEMIE),
- soit par transmission à la mutuelle de l'original du décompte de Sécurité sociale reçu,
- et le cas échéant, par transmission de toute pièce justificative dans le cas de demande de versement de prestations forfaitaires (prime d'inscription à la naissance, frais d'accompagnant, etc.).

Les prestations sont versées par virement bancaire ou par chèque.

Aucune photocopie de pièce justificative ne peut être acceptée.

1.3. Les échanges informatisés NOEMIE

ⓘ Pour en savoir plus sur les échanges informatisés avec l'Assurance Maladie Obligatoire, rendez-vous page 17

Dès mise en place des échanges NOEMIE, votre décompte Sécurité sociale (ou équivalent) porte la mention **"NOUS AVONS EGALEMENT TRANSMIS CES INFORMATIONS A VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE OCIANE".**

Si cette mention ne figure pas sur votre décompte, cela signifie que les échanges ne fonctionnent pas comme prévu.

Pour être remboursé, il convient alors d'adresser à la mutuelle :

- l'original du décompte Sécurité sociale,
- éventuellement la facture des soins et la prise en charge du régime obligatoire.

Pour activer les échanges NOEMIE, vous êtes invité à contacter la mutuelle, en vous munissant de votre attestation papier carte Vitale, afin de vérifier les informations vous concernant.

1.4 Les modalités de remboursement selon les prestations prévues par votre garantie

1.4.1. Hospitalisation

Lorsque vous êtes hospitalisé(e), La mutuelle se charge de régler à votre place* tous les frais de santé, dans la limite de votre garantie. Pour cela, il vous suffit de présenter à la clinique ou à l'hôpital :

- votre **carte adhérent de Tiers payant,**
- votre **carte Vitale.**

L'établissement hospitalier effectue alors lui-même toutes les démarches auprès de la mutuelle et de la Sécurité sociale.

Si, par exception, vous avez réglé les frais à la clinique ou à l'hôpital, pour obtenir les remboursements dans les meilleurs délais, adressez à la mutuelle :

- la facture **originale acquittée,**
- **le décompte de l**a Sécurité sociale.

Cas particuliers

ⓘ Retrouvez le descriptif des garanties souscrites ainsi que les cotisations en ANNEXES de cette notice.

- **Le LIT ACCOMPAGNANT** vous est remboursé sur présentation des justificatifs des dépenses réglées aux établissements de soins ou aux structures d'accueil mises à la disposition des familles d'hospitalisés (voir Conditions Particulières de votre contrat).
- **Le BONUS CHAMBRE PARTICULIERE** se déclenche au-delà du 10ème jour d'hospitalisation continue en chambre particulière (sur un ou plusieurs établissements), hors placements particuliers et psychiatrie avec effet rétroactif au 1er jour.

1.4.2. Consultation chez le médecin

- Si le médecin est équipé du lecteur de carte Vitale, vous n'avez aucune démarche à effectuer : les informations sont transmises directement par votre médecin au centre de Sécurité sociale.
- Si le médecin n'est pas équipé du lecteur de carte Vitale, il établit une feuille de soins, que vous devez adresser à votre centre de Sécurité sociale.

Dans les deux cas, votre centre de Sécurité sociale transmet** (système NOEMIE) à la mutuelle les informations nécessaires pour qu'elle effectue le remboursement sous 48 heures.

1.4.3. Pharmacie, analyses médicales, cabinets de radiologie

- Avec le Tiers payant*, c'est la mutuelle qui règle à votre place, dans la limite de votre garantie, vos dépenses en pharmacie (médicaments remboursables sur prescription médicale) dans les laboratoires d'analyses et les cabinets de radiologie conventionnés. Si le prix de vos soins dépasse le montant pris en charge par la Mutuelle et la Sécurité sociale, vous devrez alors régler le supplément Vos démarches s'arrêtent là.
- Si vous avez fait l'avance des frais et que le praticien est équipé du lecteur de carte Vitale, vous n'avez aucune démarche à effectuer : les informations sont transmises directement par le praticien au centre de Sécurité sociale. Si le praticien n'est pas équipé du lecteur de carte Vitale, il établit une feuille de soins que vous devez envoyer avec la prescription du médecin, à la Sécurité sociale qui vous rembourse.
- Si vous bénéficiez du système NOEMIE, vos démarches s'arrêtent là. La mutuelle vous demande éventuellement la facture du praticien si votre garantie prévoit un remboursement complémentaire. Sinon, adressez à la mutuelle le décompte de la Sécurité sociale accompagné de l'original de la facture acquittée nominative et détaillée par acte.

**Dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés et selon accord du professionnel de santé, sous réserve que votre garantie couvre la prestation décrite. ** Si votre régime obligatoire le permet. Sinon, transmettez-nous dès réception votre décompte Sécurité sociale pour être remboursé au plus vite.*

ⓘ Pour connaitre le montant d'un remboursement avant d'engager une dépense importante, effectuez une simulation de remboursement en optique et en dentaire depuis votre Espace Adhérent d'Ociane.fr (rubrique *Vos remboursements*)

1.4.4. Prothèses dentaires, auditives, orthopédie

- Si vous bénéficiez du Tiers Payant*, c'est la mutuelle qui règle à votre place, dans la limite de votre garantie, vos dépenses en prothèses dentaires, auditives et orthopédie. Si le prix de vos soins dépasse le montant pris en charge par la Mutuelle et la Sécurité sociale, vous devrez alors régler le supplément Vos démarches s'arrêtent là.
- Si vous avez fait l'avance des frais et que le praticien est équipé du lecteur de carte Vitale, vous n'avez aucune démarche à effectuer : les informations sont transmises directement par le praticien au centre de Sécurité sociale. Si le praticien n'est pas équipé du lecteur de carte Vitale, il établit une feuille de soins que vous devez envoyer, avec la prescription du médecin, à la Sécurité sociale qui vous rembourse.
- Si vous bénéficiez du système NOEMIE, vos démarches s'arrêtent là.

Sinon, adressez à la mutuelle le décompte de la Sécurité sociale accompagné de l'original de la facture acquittée nominative et détaillée par acte.

1.4.5. Optique

- Si vous bénéficiez du Tiers Payant*, c'est la mutuelle qui règle à votre place, dans la limite de votre garantie, vos dépenses en optique (Verres, montures et lentilles remboursées). Si le prix de vos soins dépasse le montant pris en charge par la Mutuelle et la Sécurité sociale, vous devrez alors régler le supplément Vos démarches s'arrêtent là.
- Si vous avez fait l'avance des frais, vous devez envoyer les feuilles de soins et la prescription du médecin à la Sécurité sociale qui vous rembourse.
- Si vous bénéficiez du système NOEMIE, vos démarches s'arrêtent là. La mutuelle vous demande éventuellement la facture de l'opticien, si votre garantie prévoit un remboursement complémentaire.

Sinon, adressez à la mutuelle le décompte de la Sécurité sociale accompagné de l'original de la facture acquittée nominative et détaillée par acte.

1.4.6. Protection Gros pépin

Prestations assurées	Ce que vous devez nous adresser
Prothèses externes prises en charge par la Sécurité sociale : Capillaire, oculaire, mammaire	**Le décompte de la Sécurité sociale** accompagné de **l'original de la facture nominative acquittée** du praticien.
Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale	**Le décompte de la Sécurité sociale** accompagné de **l'original de la facture nominative acquittée** du praticien.
Suivi psychologique en cas d'affection de longue durée	**Le décompte de la Sécurité sociale** accompagné de **l'original de la facture nominative acquittée** du praticien. **Un document attestant que le suivi est effectué dans le cas d'une affection longue durée.**

1.4.7. Prime d'inscription naissance ou adoption

Cette prime est versée à l'adhérent, dans la limite de sa garantie, sous réserve que l'enfant né ou adopté soit désigné comme bénéficiaire au titre du contrat dans les 3 mois suivant sa naissance ou son adoption. Il n'est versé qu'une seule prime par enfant (Voir démarche page 11).

**Dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés et selon accord du professionnel de santé, sous réserve que votre garantie couvre la prestation décrite.*

1.4.8. Prévention et médecines douces

Prestations assurées	Ce que vous devez nous adresser
Forfait Vaccins non pris en charge	**La prescription médicale** accompagnée de **l'original de la facture nominative acquittée** du pharmacien.
Forfait Podologie	**L'original de la facture nominative acquittée** du praticien diplômé de podologie.
Forfait Contraception non remboursée par les régimes obligatoires	**L'original de la facture acquittée**.
Forfait Sevrage tabagique : patchs et autres traitements anti-tabac pris en charge par les Régimes Obligatoires	**La prescription médicale** accompagnée de **l'original de la facture nominative acquittée** du pharmacien pour l'achat des gommes à mâcher, patchs, produits pharmaceutiques.
Forfait Sevrage tabagique : Consultations d'acupuncture, auriculothérapie, hypnose	**L'original de la facture nominative acquittée** du praticien.
Forfait Ostéopathie & Chiropraxie	**L'original de la facture nominative acquittée** du praticien diplômé d'ostéopathie (DO) ou de chiropraxie (DC).
Forfait Diététicien & Psychologue	**L'original de la facture nominative acquittée** du praticien diplômé de psychologie ou de diététique.
Forfait Santé et développement de l'enfant de moins de 16 ans	
Consultation Ergothérapeute	**L'original de la facture nominative acquittée** du praticien diplômé d'ergothérapie.
Consultation Psychomotricien	**L'original de la facture nominative acquittée** du praticien diplômé de psychomotricité.
Homéopathie	**La prescription médicale** accompagnée de **l'original de la facture nominative acquittée** du pharmacien.
Vaccins prescrits	**La prescription médicale** accompagnée de **l'original de la facture nominative acquittée** du pharmacien.
Bilans allergiques : tests cutanés	**Un justificatif nominatif** signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.
Dépistage des troubles de l'apprentissage et du comportement : Vue, audition, dyslexie, dyscalculie, troubles alimentaires ou relationnels.	**Un justificatif nominatif** signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.
Dépistage des troubles du développement chez les enfants de moins de 3 ans : dépistage visuel et auditif	**Un justificatif nominatif** signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.

Toute demande de remboursement des consultations «Prévention et Médecines douces» est conditionnée à l'enregistrement du praticien auprès de la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) et/ou de l'ARS (Agence Régionale de Santé) du département d'exercice ou dans le répertoire ADELI.

1.4.9. Assistance

ⓘ Retrouvez le descriptif des garanties assistance en ANNEXES de cette notice.

Le service Assistance est inclus dans votre contrat obligatoire. Il vous apporte tout un ensemble de services d'assistance :

- en cas d'enfant malade ou d'arrêt de travail de sa nourrice, on vous propose une solution adaptée
- à l'étranger, en cas d'accident ou d'hospitalisation imprévue, on peut prendre en charge vos frais médicaux,…

1.5. Comment suivre vos remboursements ?

Avec Ociane, chacun peut suivre ses remboursements de la façon qui lui convient le mieux !

1.5.1. Par internet avec alerte SMS ou e-mail

Pour vous permettre un suivi de vos remboursements plus simple, plus rapide et plus écologique (suppression des envois papier), Ociane vous fait bénéficier gratuitement de son service d'alertes par e-mail ou par SMS dès qu'un relevé de prestations est archivé dans votre Espace Adhérent ou à chaque nouveau remboursement sur votre compte.

Si vous ne disposez pas encore de ce service, abonnez-vous sur votre **Espace Adhérent rubrique « Votre compte > Vos e-services ».**

ⓘ Vous souhaitez êtres alerté par SMS ou e-mail dès qu'un nouveau relevé de prestation est disponible. Abonnez-vous gratuitement à ce service depuis votre Espace Adhérent d'ociane.fr.

1.5.2. Par les relevés de prestations

Les relevés de prestations sont émis par période de 28 jours. Ces décomptes présentent toutes les prestations, y compris celles directement versées au professionnel de santé pour votre compte (pharmacie, hospitalisation,…). Les remboursements détaillent la part Sécurité sociale, la part mutuelle, et comportent de précieux renseignements.

1.5.3. Par téléphone, 24h24 et 7j/7

Avec le serveur vocal Ociane Fil bleu : N° Indigo **0 820 819 818** (0.12€ TTC/MN ou selon conditions de votre opérateur) ou au **05 57 81 56 00.**

2 Le dispositif réglementaire

2.1. Le contrat responsable

Le dispositif du contrat responsable, instauré par la réforme d'août 2004, est destiné à inciter les mutuelles à orienter le patient vers le parcours de soins.

Selon les dispositions découlant de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application, votre contrat remplit les critères du Contrat « Responsable ». A ce titre :

Il prend en charge au minimum :

- 30% du tarif opposable pour les consultations du médecin traitant et pour les consultations du médecin correspondant,
- 30% du tarif des médicaments pris en charge à 65% par le Régime Obligatoire et prescrits par le médecin traitant ou par le médecin correspondant,
- 35% du tarif des frais d'analyses et de laboratoire prescrits par le médecin traitant ou par le médecin correspondant,
- la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de santé publique et figurant sur la liste de prestations fixées par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance maladie Complémentaire (UNOCAM). Ces actes de prévention figurent sur le tableau des garanties.

Il ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel),
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 8 €, valeur depuis avril 2006),
- la participation forfaitaire de 1€ (valeur depuis le 1er janvier 2005), et la franchise annuelle mentionnée au paragraphe III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, dite « franchises médicales ».

2.2. Le parcours de soins

La réforme de l'Assurance maladie (Loi n°2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application) a instauré le principe d'un « parcours de soins » dont le non-respect par le patient entraîne des pénalités.

La réforme a pour ambition de faire évoluer le système autour d'une volonté partagée : "soigner mieux en dépensant moins" ; l'objectif final étant de résorber le déficit de la Sécurité sociale.

Un des axes majeurs de cette réforme est la mise en place d'un parcours de soins coordonnés via le médecin traitant, version moderne du médecin de famille.

L'option de coordination renforcée

Les contrats sont conformes à la législation en vigueur pour les praticiens exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie et ayant choisi l'option de coordination renforcée.

Le respect du parcours de soins

Tout patient de 16 ans et plus doit consulter d'abord son médecin traitant (qu'il a librement choisi et déclaré comme tel à sa caisse de Sécurité sociale).

Votre médecin traitant a un rôle central et vous oriente, si nécessaire, vers un médecin correspondant pour un avis ponctuel ou pour un suivi régulier.

Pour autant qu'un médecin traitant ait été préalablement déclaré, des exceptions précises à ce schéma sont prévues : urgences, vacances et consultations de certains spécialistes en direct (dentistes, pédiatres, ophtalmologues, gynécologues).

Les patients de 16 à 25 ans peuvent également consulter directement les neuropsychiatres et les psychiatres.

Le remboursement de la Sécurité sociale est inchangé et l'assurance complémentaire intervient en complément, selon la garantie choisie.

Le non-respect du parcours de soins

Des pénalités financières sur les remboursements des consultations et d'actes médicaux sont appliquées par le régime obligatoire d'Assurance maladie et ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires. Ainsi hors parcours de soins coordonnés :

- le taux de remboursement de l'Assurance maladie est minoré de 20% pour les consultations et les actes techniques, et la mutuelle ne doit pas rembourser la différence,
- les médecins spécialistes peuvent pratiquer des dépassements même s'ils sont en secteur 1. Hors parcours, une franchise de 8 € (valeur depuis avril 2006) reste à votre charge sur les dépassements d'honoraires quelle que soit votre garantie (À défaut, le contrat serait "non responsable" selon la loi et renchéri de la taxe sur les conventions d'assurance correspondante).

Les conseils de votre mutuelle

Pour être mieux soigné et mieux remboursé, respectez le parcours de soins !

En effet, votre mutuelle approuve l'ensemble du dispositif garant du meilleur soin et vous conseille vivement de respecter le parcours de soins ainsi préconisé :

- désignez votre médecin traitant si ce n'est déjà fait : profitez d'une prochaine visite pour compléter avec lui le formulaire, que vous déposerez ensuite à votre centre de Sécurité sociale (le formulaire est disponible sur simple demande à votre centre de Sécurité sociale ou sur ameli.fr),
- consultez votre médecin traitant avant de voir un spécialiste : vous serez mieux soigné et mieux remboursé,
- renseignez-vous sur le secteur d'activité de vos médecins habituels : privilégiez le secteur 1 pour de meilleurs remboursements. Les médecins de ce secteur pratiquent strictement les tarifs Sécurité sociale et ne peuvent pas facturer de dépassements d'honoraires,
- demandez à votre médecin s'il a bien indiqué que votre consultation s'inscrit dans le cadre du parcours de soins (sur le support destiné à la Sécurité sociale),
- vérifiez sur votre relevé de prestations de la Sécurité sociale que les soins sont correctement qualifiés.

3 La commission d'entraide mutualiste

Si vous rencontrez des difficultés, ou si vous êtes concerné par des circonstances particulières telles que maladie, accident, blessures ou décès, la mutuelle peut vous allouer des prestations exceptionnelles autres que celles prévues par votre contrat.

Les secours ainsi attribués, destinés aux adhérents en difficulté, sont prélevés sur les fonds disponibles dans une limite fixée chaque année par l'assemblée générale, et attribués sur décision de la commission d'entraide mutualiste mise en place par le conseil d'administration.

Les demandes de secours exceptionnels sont établies à partir d'un imprimé prévu à cet effet qui doit comporter l'ensemble des renseignements permettant de statuer sur leur recevabilité, et notamment les justificatifs suivants :

- justificatifs des ressources du demandeur (avis d'imposition ou de non-imposition, copie de la déclaration de revenus...),
- nature des frais engagés ou de l'aide demandée,
- aides déjà obtenues auprès d'autres organismes ou régimes.

Cet imprimé est à disposition dans les agences de votre mutuelle et peut être obtenu en appelant le Centre d'appels au **0 820 220 320** (0.09€ TTC/MN ou selon conditions de votre opérateur) ou **05 56 01 57 57.**

Une fois rempli, il doit être adressé au médiateur social de votre mutuelle, qui peut être contacté pour toute précision au 05 59 44 75 35.

4 Le traitement des réclamations

Information du client sur les modalités d'examen des réclamations conformément à la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution du 15 décembre 2011.

Constitue une réclamation tout contact (écrit ou oral) par lequel un adhérent exprime une forme d'insatisfaction envers Ociane, qu'elle soit mineure, majeure ou critique.

Modalités de traitement des réclamations

En cas de mécontentement de votre part à l'occasion de la distribution, de la gestion du présent contrat ou du règlement d'une prestation, et quel que soit le canal choisi pour exprimer ce mécontentement (Agences, Centre d'appels, e-mail, courrier…), nos « référents réclamations » analysent votre demande et prennent contact avec le service concerné pour :

- s'informer du dossier,
- faire réaliser les traitements nécessaires.

Ociane s'engage à vous tenir informé du déroulement du traitement de votre réclamation en prenant contact avec vous dans les meilleurs délais dès réception de votre réclamation et à traiter votre demande le plus rapidement possible.

Traiter de façon efficace les réclamations de nos adhérents est un enjeu majeur pour nous permettre d'améliorer la perception de la qualité de service que nous vous apportons et contribuer ainsi fortement à votre satisfaction et votre fidélité.

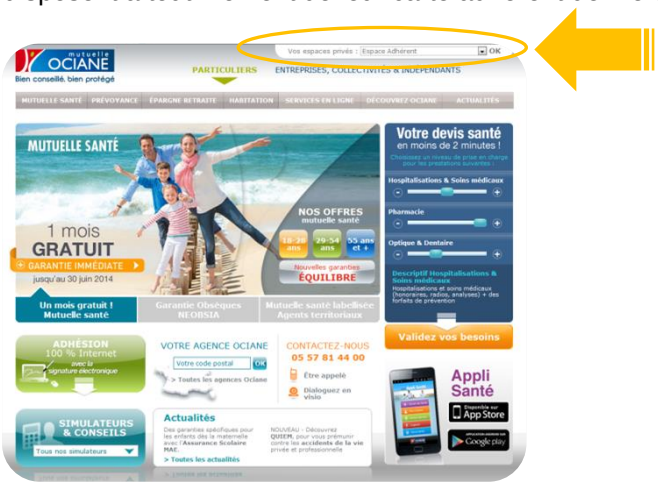
5 Vos services Internet exclusifs : toute votre mutuelle en ligne sur ociane.fr

Les adhérents ont accès à un espace privé : l'Espace Adhérent mis à leur disposition. Ce service exclusif leur permet d'effectuer de multiples opérations sur leur contrat.

Les services offerts par votre Espace Adhérent sur ociane.fr :

- Suivre vos derniers remboursements et vous abonner aux services d'alertes par mail (Alerte « Remboursement » ou Alerte « Relevé de prestations »)
- Déposer vos pièces justificatives pour vos remboursements ou pour gérer votre contrat (factures, attestations…)
- Visualiser tous les documents échangés avec la mutuelle au cours des 24 derniers mois.
- Visualiser votre compte cotisations
- Visualiser le détail de vos garanties santé
- Simuler un remboursement en optique et dentaire
- Consulter la liste des services de Tiers payant par département
- Signaler tout changement de situation (coordonnées, ajout de bénéficiaires,…)
- Découvrir les avantages "adhérent Ociane" comme par exemple les tarifs privilégiés auprès de nos partenaires

L'application pour iPhone et Android « Appli Santé » offre également la plupart de ces services et les adhérents disposent à tout moment de leur carte adhérent de Tiers payant !



Un identifiant et votre mot de passe pour accéder facilement à votre Espace Adhérent à distance. Retrouvez-les sur le courrier d'accompagnement de votre carte de Tiers payant, ou si vous n'avez pas encore ces codes, demandez-les depuis :

- **la page de connexion à l'Espace Adhérent sur ociane.fr ou sur Appli Santé,**
- **ou auprès d'un conseiller Ociane au 0 820 220 320 (0,09 € TTC/MN ou selon conditions de votre opérateur) ou au 05 56 01 57 57.**

Vous recevrez alors vos codes par e-mail ou courrier personnalisé. Pour accéder à la page de connexion de votre Espace Adhérent, rendez-vous sur ociane.fr, sélectionnez votre espace privé « Espace Adhérent » et cliquez sur OK !

6 Vos contacts Ociane

- **Ociane Adhérents** au **0 820 220 320** (0,09 € TTC/MN ou selon conditions de votre opérateur) ou **05 56 01 57 57** vous accueille 6j/7 du lundi au vendredi de 8h15 à 19h30, le samedi de 9h00 à 17h00.
- **L'Espace Adhérent d'Ociane 24h/24, 7j/7** sur le site Internet **ociane.fr.**
- Les **agences OCIANE :** 45 agences en 2014.

Angoulême (16)
45 rue Hergé

Cognac (16)
44 rue d'Angoulême

La Rochelle (17)
27 rue du Temple

Saintes (17)
58 rue Alsace-Lorraine

Bergerac (24)
28 rue de la Résistance

Périgueux (24)
• 9 place de l'Hôtel-de-Ville
• 6 Rue de Metz
• 12 bis place Bugeaud

Andernos (33)
228 boulevard de la République
Rés. de l'Estey

Arcachon (33)
32 cours Lamarque-de-Plaisance

Bègles (33)
9 cours Victor-Hugo

Bordeaux (33)
• 88 rue Porte-Dijeaux
• 8 terrasse du Front-du-Médoc
• 2 avenue Thiers (rive droite)
• 32 cours Portal
• 138 cours Victor-Hugo

Cenon (33)
centre Emeraude
61/69 rue Camille-Pelletan

Gradignan (33)
104 cours du Général-de-Gaulle

Langon (33)
61 rue Maubec

Le Bouscat (33)
56 avenue de la Libération

La Teste (33)
1-3 rue Pierre-Dignac
Rés. les Olympiades

Libourne (33)
2 bis rue Gambetta

Mérignac (33)
16/18 avenue de l'Yser

Pessac (33)
1 place de la V^{e} République

St-Médard-en-Jalles (33)
59 bis avenue Montesquieu

Talence (33)
2 rue Roustain

Dax (40)
33 rue des Carmes

Mont de Marsan (40)
51 rue Léon-Gambetta

Orthez (64)
32 boulevard des Pommes

Pau (64)
• 2 rue du Maréchal-Foch
• 4 place de la République

St-Jean-de-Luz (64)
18 boulevard Victor-Hugo

Lourdes (65)
4 place du Champ-Commun

Tarbes (65)
• 19 rue François-Mousis
• 4 rue Saint-Vincent-de-Paul

Tarnos (40)
Centre commercial l'Océan
RN 10

Agen (47)
82 boulevard de la République

Marmande (47)
25 rue Charles-de-Gaulle

Villeneuve-sur-Lot (47)
36 rue de Paris

Anglet (64)
51 avenue de Bayonne

Bayonne (64)
• 38 allées Marines
• 20 Boulevard Alsace Lorraine

Biarritz (64)
13 avenue du Maréchal-Foch

Billère (64)
1 place de la Mairie

Oloron-Ste-Marie (64)
Avenue Alexandre-Fleming

Mutuelle Ociane soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc, 33054 Bordeaux Cedex - N° SIREN : 434 243 085

1 Vos garanties Ociane Assistance

1.1. Comment s'exercent nos garanties ?

Nous intervenons 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires domiciliés en France Métropolitaine au numéro Azur 0 810 465 465 (Prix appel local ou selon conditions de votre opérateur) ou au 05 49 34 82 89 et dès lors que votre demande entre dans le champ d'application des garanties.

Les garanties trouvent à s'appliquer au cours des multiples difficultés que vous pouvez rencontrer dans votre vie quotidienne. Elles n'ont pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et votre employeur.

L'application de ces garanties est appréciée par Ociane Assistance, pour ce qui concerne leur durée et le montant de leur prise en charge, en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice qui vous sont occasionnés ainsi qu'à votre entourage.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par Ociane Assistance ou en accord préalable avec elle.

Nous ne participerons pas après coup aux dépenses que vous auriez engagées de votre propre initiative.

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation de votre contrat souscrit auprès de la Mutuelle OCIANE pour tout événement survenu ultérieurement.

1.1.1. Pièces justificatives

Nous nous réservons le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, justificatif de l'employeur pour droits de garde d'enfants malades épuisés…).

1.1.2. Subrogation

Ociane Assistance est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par Ociane Assistance ; c'est-à-dire qu'Ociane Assistance effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

1.1.3. Prescription

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Ociane Assistance en a eu connaissance ;
2. en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre Ociane Assistance a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par Ociane Assistance aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à Ociane Assistance en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, Ociane Assistance et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

1.1.4. Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'Ociane Assistance par courrier au 118 avenue de Paris - 79033 NIORT Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 PARIS. Son avis s'impose à Ociane Assistance mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

1.1.5. Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance sont destinées à Ociane Assistance afin de mettre en oeuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre. Ces informations sont uniquement transmises aux prestataires d'Ociane Assistance sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à la Mutuelle OCIANE.
Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79033 NIORT Cedex 9.

1.1.6. Déclaration mensongère

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, nous réclamerons s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

1.1.7. Infraction

Nous ne serons pas tenus d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

1.1.8. Force majeure

Ociane Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

1.1.9. Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- **une immobilisation au domicile,**
- **la sortie d'une hospitalisation,**
- **un décès.**

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

Exclusions :

- les conséquences de maladies ou d'accidents causés intentionnellement, ou qui résultent d'un suicide, d'une tentative de suicide, ou d'une mutilation volontaire ;
- les bilans de santé, check-up, examens médicaux faisant partie d'un dépistage à titre préventif, les traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ayant un caractère répétitif et régulier ;
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;
- les séjours en maison de repos, de convalescence, centre de gériatrie, hospice, centre de cures médicales, dont le but n'est pas le traitement actif et curatif d'une affection pathologique médicale ou chirurgicale ;

- les séjours en maison de rééducation (sauf pour rééducation fonctionnelle motrice à la suite d'un accident ou d'une intervention chirurgicale).

1.2. Garanties

1.2.1. En cas d'urgence médicale à votre domicile

Orientation médicale et transport médicalisé

À votre demande, et si votre état de santé le justifie, nos services médicaux peuvent vous orienter vers des établissements médicaux ou paramédicaux adaptés, en fonction de la situation et de la zone géographique souhaitée.

Hors urgence médicale, nous organisons, sur prescription médicale, votre transport par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre votre domicile et un établissement de soins de votre choix, proche de votre domicile et médicalement adapté. Si votre état le nécessite, nous organisons votre retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à votre charge.

Acheminement de médicaments

Vous avez un besoin urgent de médicaments prescrits par votre médecin et vous n'êtes temporairement pas en état de vous déplacer : nous allons chercher et livrons à votre domicile les médicaments indispensables à votre traitement. Vous devez alors faire l'avance de leur coût et en demander le remboursement à la Sécurité sociale puis à Ociane.

1.2.2. En cas d'hospitalisation imprévue

Si vous-même, ou votre conjoint, êtes hospitalisé(e) à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine pour une durée supérieure à 24 heures, soit 2 nuits minimum, nous vous faisons bénéficier des garanties suivantes :

Transmission de messages urgents

Nous nous chargeons, si vous le souhaitez, d'avertir vos proches ou de transmettre, par les moyens les plus rapides, vos messages urgents.

Présence d'un proche à votre chevet

Aucun de vos proches ne réside à proximité (moins de 50 km) de votre lieu d'hospitalisation : nous organisons et prenons en charge la présence à votre chevet d'un membre de votre famille résidant en France métropolitaine.

Nous mettons à sa disposition un titre de transport A/R, et prenons également en charge ses frais d'hébergement sur place pendant 2 nuits à concurrence de 50€ par nuit.

Prise en charge des enfants

Personne ne peut assurer la garde de vos enfants de moins de 16 ans ; nous organisons et prenons en charge :

- soit le transfert A/R, à votre domicile, de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine ;
- soit leur transfert A/R accompagné chez l'un de vos proches résidant en France métropolitaine ;
- soit enfin leur prise en charge par une personne qualifiée pendant 5 jours ouvrés consécutifs au plus et à concurrence de 8 heures par jour.

Cette personne, suivant l'âge de vos enfants, pourra assurer leur garde ou leur accompagnement non motorisé à l'école.

Prise en charge des ascendants dépendants

Cette garantie s'exerce de la même façon que la prise en charge de vos enfants, sous réserve que vos ascendants vivent sous votre toit.

NB : la prise en charge de vos enfants et/ou ascendants s'exerce également et dans les mêmes conditions en cas de séjour en maternité supérieur à 8 jours.

Si vous-même, ou votre conjoint, êtes hospitalisé(e) à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine pour une durée supérieure à 48 heures, soit 3 nuits minimum, nous vous faisons bénéficier des garanties suivantes :

Aide à domicile

Lorsque votre état de santé et/ou votre situation de famille le justifie, nous vous faisons bénéficier des services d'une aide à domicile pour faciliter le retour à la normale de la vie de votre foyer : Ociane Assistance prend en charge le coût de cette garantie, à raison de 2 heures par jour, dans la limite de 12 heures, réparties sur une période maximale de 15 jours selon la situation :

- soit au cours des deux premières semaines d'hospitalisation, en aidant votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement ;
- soit au cours des deux semaines qui suivent votre retour au domicile, en vous soulageant des tâches ménagères que votre convalescence ne vous permet pas d'assumer.

L'aide à domicile pourra ainsi assurer, les jours ouvrés, tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les courses quotidiennes, préparer les repas…

La durée de mise à disposition de cette aide à domicile sera dans tous les cas déterminée par Ociane Assistance, et organisée sur 10 jours ouvrés consécutifs.

NB : cette garantie s'applique également en cas :

- *d'immobilisation au domicile d'une durée supérieure à 5 jours à la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident corporel ;*
- *de séjour en maternité d'une durée supérieure à 8 jours.*
- *En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie en établissement hospitalier ou à domicile, nous mettons une aide ménagère à votre disposition dans la limite de 10 heures pendant toute la durée du traitement.*

Garde des animaux domestiques

Vous ne savez à qui confier vos animaux domestiques (chiens, chats) : nous organisons et prenons en charge leur garde dans un établissement spécialisé, à concurrence de 30 jours.

Téléassistance

Vous êtes âgé(e) de 75 ans et plus et vous vous trouvez isolé(e) pendant votre convalescence après une hospitalisation de plus de 2 jours : nous mettons gracieusement à votre disposition un appareil de téléassistance pendant une durée de 3 mois.

Au-delà de cette période, nous pouvons, à votre demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif d'abonnement préférentiel.

1.2.3. En cas d'hospitalisation prévue

Si vous-même, ou votre conjoint, êtes hospitalisé(e) de façon programmée, pour une durée supérieure à 48 heures, soit 3 nuits minimum, nous vous faisons bénéficier du service suivant :

Aide à domicile

Nous vous mettons en relation avec notre réseau de prestataires d'aide à domicile. Le coût de la prestation Aide à domicile reste à votre charge.

1.2.4. En cas de souci avec vos enfants

Présence d'un membre de la famille au chevet de votre enfant hospitalisé

Votre enfant de moins de 16 ans est hospitalisé à plus de 50 km de votre domicile : nous mettons à votre disposition ou à celle de tout autre membre de votre famille, un titre de transport A/R pour vous rendre à son chevet. Nous prenons également en charge vos frais d'hébergement sur place pendant 7 nuits à concurrence de 50 € par nuit.

Prise en charge des frères et sœurs en cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 24 h, d'un de vos enfants de moins de 16 ans

Si personne ne peut assurer la garde de vos autres enfants de moins de 16 ans, nous organisons et prenons en charge :

- soit la garde de vos enfants,
- soit la mise à disposition d'une aide ménagère pendant la durée d'hospitalisation, ou dès le retour de l'enfant à son domicile à raison de 2 heures par jour, dans la limite de 12 heures, réparties sur une période maximale de 15 jours selon la situation.

Garde d'enfant malade

Un problème médical imprévu (maladie soudaine ou accident) oblige votre enfant à rester immobilisé à votre domicile alors que votre activité professionnelle ne vous permet pas de rester à son chevet, nous vous proposons d'organiser et de prendre en charge :

- soit le transfert A/R, à votre domicile, de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine ;
- soit sa garde à votre domicile par du personnel qualifié, ce pendant 5 jours consécutifs au plus et à concurrence de 30 heures.

Cette possibilité ne s'exerce toutefois qu'après épuisement des congés pour garde d'enfants malades auxquels peuvent prétendre les parents salariés.

NB : la garantie garde d'enfant malade s'applique dans la limite de 3 interventions par foyer et par an.

Soutien pédagogique à domicile

Votre enfant est en convalescence à votre domicile et ne peut retourner à l'école avant plus de 15 jours : nous mettons à votre disposition les services d'un répétiteur scolaire qui lui apportera dans les matières principales, le soutien pédagogique dont il a besoin. Cette garantie s'exerce dès le 1er jour et pendant 6 semaines, à concurrence de 3 heures de cours à domicile par journée d'absence, ce tant que l'enfant n'est pas en mesure de retourner en classe.

La garantie s'arrête, en tout état de cause, à la fin de l'année scolaire.

Prise en charge de vos enfants en cas d'arrêt de travail de la personne en assurant la garde

En cas d'hospitalisation (plus de 24 h) et/ou d'immobilisation au domicile (plus de 48 h) imprévues (accident ou maladie soudaine) de la personne déclarée en charge de vos enfants de moins de 16 ans, nous organisons et prenons en charge :

- soit la mise à disposition d'une personne qualifiée à concurrence de 30 h sur 5 jours ouvrés consécutifs au maximum ;
- soit le transfert A/R, au domicile de l'adhérent, d'un proche résidant en France métropolitaine ou le transfert du ou des enfants au domicile de celui-ci.

1.2.5. En cas de naissance multiple

Auxiliaire de puériculture

En cas de naissance multiple, nous organisons et prenons en charge la mise à disposition d'une auxiliaire de puériculture à votre domicile (3 h) au cours des 5 jours ouvrés qui suivent votre sortie de maternité. Cette personne qualifiée vous apportera son aide pour vous organiser en vous rappelant notamment les principes essentiels relatifs aux soins des bébés.

Aide à domicile

Nous mettons également à votre disposition une aide à domicile dans la limite de 12 heures pendant le séjour à la maternité ou dans les 5 jours qui suivent la sortie de la maternité.

1.2.6. Allô Info Bébé

Vous avez un jeune enfant, vous attendez un enfant, ou vous avez un projet de maternité ?

Ce service est destiné à répondre aux questions relatives au bien-être du nouveau-né. Il est à votre disposition autant de fois que vous le souhaitez dans les 30 jours qui précèdent et qui suivent la naissance.

Il est conçu pour écouter, orienter et informer les parents. En aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence (SAMU : 15).

Ce service conseille les bénéficiaires dans des domaines tels que l'alimentation (allaitement maternel, allaitement artificiel), le sommeil, l'hygiène, l'environnement, les notions simples de prévention (vaccination, visites médicales obligatoires, accidents domestiques …), les notions sociales (informations relatives à la protection maternelle et infantile, les allocations familiales…).
Ce service est disponible par téléphone du lundi au samedi de 10 h à 18 h.

1.2.7. Vous êtes étudiant et immobilisé à la suite d'un accident

Aide à la poursuite des études

Vous êtes âgé(e) de 18 à 28 ans, suivez des études supérieures et êtes hospitalisé(e) ou immobilisé(e) à votre domicile pour une durée supérieure à 15 jours à la suite d'un accident corporel : nous organisons et prenons en charge le portage de la copie de vos cours et les frais y afférents (photocopies…) à concurrence de 250 e.

1.2.8. Vous avez entre 18 et 28 ans et êtes à la recherche d'un emploi

Participation aux frais de déplacement

Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi depuis plus de 3 mois et êtes convoqué(e) à un entretien d'embauche dans un lieu situé à plus de 200 km de votre domicile. Nous prenons en charge :

- vos frais de déplacement à concurrence de 150 € ;
- vos frais d'hébergement sur place à concurrence de 50 €.

NB : cette garantie peut s'appliquer deux fois par an et intervient (dans la limite des frais engagés) en complément de la participation de Pôle Emploi, auprès de laquelle l'adhérent doit préalablement effectuer une demande de prise en charge.

1.2.9. Vous voulez arrêter de fumer

Accompagnement au sevrage

Pour vous aider dans le choix d'une méthode de sevrage tabagique, et vous soutenir dans votre démarche, nous vous proposons un ensemble d'informations et de conseils santé.

1.2.10. En cas de perte d'autonomie

Si vous n'êtes plus en mesure d'accomplir seul les gestes de la vie quotidienne, nous vous faisons bénéficier des services suivants :

"Allô Info Dépendance"

Un service d'information téléphonique "Dépendance", accessible de 8 h à 19 h du lundi au vendredi vous apporte toutes les informations utiles sur les aides personnalisées, matérielles et financières, les associations et organismes compétents, la législation, les droits et prestations spécifiques pour les personnes dépendantes…

Accompagnement dans les démarches

Dès lors que votre état de dépendance est attesté médicalement, nous vous apportons notre soutien pour constituer votre dossier de demande d'aide au budget, à la famille ou au logement par exemple, nous vous aidons dans votre recherche d'établissement spécialisé susceptible de vous accueillir de façon temporaire ou permanente.

De plus, si vous le souhaitez, nous pouvons organiser la réalisation d'un bilan afin d'évaluer si votre logement est adapté à votre situation. Si nécessaire, nous pouvons organiser l'intervention d'un spécialiste pour estimer l'impact financier d'une adaptation de votre habitat et vous conseillons afin de vous permettre d'obtenir des aides au financement des travaux. Le coût de cette prestation reste à votre charge.

1.2.11. En cas de frais médicaux à l'étranger

Suite à un accident ou une maladie à caractère imprévisible survenu lors d'un séjour à l'étranger, nous vous remboursons la partie des frais médicaux engagés à l'étranger non prise en charge par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance.

Le remboursement complémentaire de ces frais peut s'élever jusqu'à 7 650€ TTC par bénéficiaire. Ces frais comprennent les honoraires médicaux, les médicaments prescrits, les soins dentaires (à concurrence de 155€ TTC), les frais chirurgicaux et les frais d'hospitalisation.
Nous pouvons également procéder à l'avance des frais d'hospitalisation à concurrence de 7 650€ TTC par règlement direct au centre de soins.

NB : pour donner lieu à remboursement, toute hospitalisation doit, sauf cas de force majeure, être déclarée dans les 48 heures à Ociane Assistance.

Le remboursement des sommes engagées s'effectue sur présentation des pièces justificatives soumises préalablement à la Sécurité sociale et/ou toute autre caisse d'Assurance maladie ou organisme de prévoyance, déduction faite des prestations réglées par ces caisses et des avances que nous vous avons consenties.

Dans tous les cas, une franchise de 30€ TTC est retenue par dossier.

Exclusions relatives au remboursement des frais médicaux engagés à l'étranger :

- les frais engagés en France métropolitaine consécutifs à une maladie ou un accident survenu à l'étranger ;
- les frais engagés dans les départements d'outre-mer ;
- les frais occasionnés par les convalescences et les affections en cours de traitement non consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les frais occasionnés par les états de grossesse, sauf complications imprévisibles ;
- les frais d'accouchement et leurs suites concernant les nouveau-nés ;
- les frais de prothèse, d'appareillage, de lunettes et de verres de contact.

1.2.12. En cas de décès

Aide à domicile

Cette garantie s'exerce en cas de décès de l'un des bénéficiaires. La durée de mise à disposition d'une aide à domicile sera déterminée par Ociane Assistance, et organisée dans la limite de 10 heures sur 10 jours ouvrés consécutifs maximum.

Avance de fonds

Nous pouvons également faire l'avance des frais d'obsèques à concurrence de 2 300 € contre reconnaissance de dette par le conjoint survivant dans un délai de 30 jours.

1.2.13. Accompagnement social et assistance psychologique par téléphone

En cas de grave problème de santé(*) ou de décès d'un bénéficiaire

Nous vous mettons en contact avec un(e) assistant(e) social(e) pour vous aider dans vos démarches. Vous pouvez également obtenir, dans cette situation, une assistance psychologique auprès d'un spécialiste, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h (jusqu'à 3 entretiens téléphoniques, au terme desquels vous pouvez être orienté(e) vers un psychologue de votre ville).
(*) Toute maladie ou accident dont les caractéristiques sont susceptibles de remettre en question les équilibres économiques, "organisationnels", psychologiques de l'adhérent et de son foyer.

1.2.14. Vous avez besoin d'un renseignement ?

Informations médicales 24h/24 et 7j/7

Nos médecins répondent à toutes vos questions relatives à la santé…
Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.
En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

Informations juridiques, vie pratique et « spécial famille », du lundi au vendredi de 8 h à 19 h

Un service d'informations sur la transmission des biens, le droit de la famille, la justice, le droit de la consommation, la copropriété, le logement, la retraite, la fiscalité et toutes les formalités administratives.

LEXIQUE PROPRE AUX GARANTIES D'ASSISTANCE

Assureur
IMA ASSURANCES, SA au capital de 7 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACP située 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

Accident
Tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime et constituant la cause des dommages.

Adhérent
Souscripteur auprès de la Mutuelle OCIANE d'un contrat donnant droit aux garanties d'assistance à domicile.

Bénéficiaires des garanties d'assistance
L'adhérent mais également son conjoint de droit ou de fait, ainsi que leurs enfants fiscalement à leur charge et vivant sous leur toit.

Domicile
Lieu habituel de résidence principale ou secondaire du bénéficiaire et de ses ayants-droit situé en France métropolitaine.

Événement
La date d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile.

Hospitalisation imprévue
Toute hospitalisation est considérée comme imprévue dès lors que la survenance n'était pas connue du bénéficiaire 7 jours avant le déclenchement.

Hospitalisation prévue
Toute hospitalisation est considérée comme prévue dès lors que la survenance était connue du bénéficiaire 7 jours avant le déclenchement.

Maladie
Altération soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale de la vie quotidienne.

Ociane santé collective	ÉCONOMIQUE		CONFORT		HAUTE PROTECTION	
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
HOSPITALISATION						
Honoraires [1]	100 %	150 %	200 %	200 %	220 %	220 %
Séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Transport sanitaire [2]	100 %	100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lit d'accompagnant [3]	–	10 €/jour	20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
Chambre particulière avec nuitée [4]	–	35 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
Chambre particulière ambulatoire (sans nuitée) [4]	–	10 €/jour	20 €/jour	20 €/jour	20 €/jour	20 €/jour
Bonus chambre particulière au-delà de 10 jours consécutifs en chambre particulière	–	+15 €/jour	+15 €/jour	+15 €/jour	+15 €/jour	+15 €/jour
HONORAIRES et SOINS MÉDICAUX						
Consultations et visites de généralistes [5]	100 %	100 %	150 %	175 %	220 %	220 %
Actes Techniques Médicaux, Consultations et visites de spécialistes [5]	100 %	100 %	150 %	200 %	220 %	220 %
Auxiliaires médicaux (Infirmiers, Kinés...)	100 %	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale [6]	–	–	100 %	100 %	100 %	100 %
PHARMACIE						
Médicaments à Service Médical Rendu important et modéré / faible [7]	100 % / 15 %	100 % / 100 %	100 % / 100 %	100 % / 100 %	100 % / 100 %	100 % / 100 %
RADIOLOGIE et ANALYSES MÉDICALES						
Radiologie y compris dans le cadre d'une hospitalisation [5]	100 %	100 %	120 %	125 %	150 %	150 %
Analyses médicales	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %
OPTIQUE						
Paire de lunettes adulte verres simples / complexes / très complexes [8]	100 € / 200 € / 300 €	150 € / 240 € / 400 €	210 € / 280 € / 500 €	260 € / 360 € / 600 €	325 € / 445 € / 725 €	450 € / 650 € / 850 €
Paire de lunettes enfant verres simples / complexes [8]	100 € / 200 €	120 € / 220 €	160 € / 260 €	180 € / 320 €	190 € / 380 €	210 € / 570 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 €/an	100 €/an	130 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	–	100 €/an	130 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an
Chirurgie corrective de l'œil [9]	–	150 €/œil	200 €/œil	250 €/œil	350 €/œil	350 €/œil
DENTAIRE						
Soins dentaires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Inlay - Onlay	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %
Couronne fixe pour les dents non visibles remboursée par la Sécurité sociale [10]	125 %	70 €/dent	140 €/dent	200 €/dent	300 €/dent	450 €/dent
Couronne fixe pour les dents du sourire remboursée par la Sécurité sociale [10]	125 %	135 €/dent	250 €/dent	300 €/dent	400 €/dent	530 €/dent
Inlay-core	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
Autres actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale	125 %	150 %	200 %	300 %	450 %	550 %
Parodontie - Endodontie et couronnes provisoires non remboursées par la Sécurité sociale	–	–	200 €/an	350 €/an	550 €/an	650 €/an
Implant dentaire (racine)	–	–	350 €/an	400 €/an	500 €/an	700 €/an
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125 %	100 €/semestre	200 €/semestre	300 €/semestre	350 €/semestre	400 €/semestre
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	–	–	150 €/semestre	200 €/semestre	250 €/semestre	300 €/semestre
APPAREILLAGE						
Prothèse auditive [11]	100 %	100 % + 200 €/oreille/an	100 % + 300 €/oreille/an	100 % + 500 €/oreille/an	100 % + 700 €/oreille/an	100 % + 900 €/oreille/an
Autres prothèses et appareillage	100 %	100 %	150 %	150 %	175 %	175 %
PRÉVENTION et MÉDECINES DOUCES						
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	–	40 €/an	40 €/an	40 €/an	40 €/an	40 €/an
Contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale	–	40 €/an	40 €/an	40 €/an	40 €/an	40 €/an
Sevrage tabagique [12]	–	90 €/an	90 €/an	90 €/an	90 €/an	90 €/an
Ostéopathie et Chiropraxie [13]	–	30 €/séance	30 €/séance	40 €/séance	45 €/séance	45 €/séance
Podologie [14]	–	26 €/an	26 €/an	26 €/an	26 €/an	26 €/an
Diététiciens et Psychologues [15]	–	30 €/séance	30 €/séance	40 €/séance	45 €/séance	45 €/séance
Santé et développement de l'enfant de moins de 16 ans [16]	–	70 €/an	70 €/an	70 €/an	70 €/an	70 €/an
Plafond global pour les dépenses PRÉVENTION et MÉDECINES DOUCES :	–	*150 €/an*	*200 €/an*	*250 €/an*	*300 €/an*	*350 €/an*
PROTECTION "GROS PÉPIN"						
Prothèses externes (capillaire, oculaire, mammaire) prises en charge par la Sécurité sociale	–	150 €/acte	150 €/acte	150 €/acte	150 €/acte	150 €/acte
Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale	–	200 €/an	400 €/an	600 €/an	1 000 €/an	1 500 €/an
Suivi psychologique prescrit en cas d'Affection de Longue Durée	–	30 €/an	50 €/an	100 €/an	150 €/an	200 €/an
Plafond global pour les dépenses "GROS PÉPIN" :	–	*350 €/an*	*800 €/an*	*1 200 €/an*	*1 600 €/an*	*2 000 €/an*
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES						
Ociane Assistance	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
Prime d'inscription naissance ou adoption [17]	–	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

Renvoi du tableau de garanties

(1) Actes de Chirurgie (ADC), d'Anesthésie (ADA), d'Obstétrique (ACO), d'Échographie (ADE) et Actes Techniques Médicaux (ATM). Y compris la participation forfaitaire pour les actes coûteux.
Hospitalisation à l'étranger : voir conditions générales de la garantie Ociane Assistance.
Pour les niveaux 2 à 6, le taux de prise en charge indiqué s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ce taux est minoré de 20 % pour les médecins non adhérents.

(2) Transports acceptés par la Sécurité sociale et à condition qu'ils soient liés à un acte ou à une hospitalisation ayant fait l'objet d'une prise en charge par la mutuelle.

(3) Dans le cadre d'une hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans.

(4) La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par an en convalescence, rééducation et psychiatrie.
Ociane prend en charge la chambre particulière ambulatoire (sans nuitée) dans le cadre d'une hospitalisation incluant obligatoirement un acte de chirurgie (ADC) ou un acte technique médical (ATM) et un acte d'anesthésie (ADA).

(5) Y compris la participation forfaitaire pour les actes coûteux.
Hors parcours de soins coordonnés, la prise en charge est limitée à 100 % de la base de remboursement hors majoration du ticket modérateur appliquée par la Sécurité sociale.
Pour les niveaux 3 à 6, le taux de prise en charge indiqué s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ce taux est minoré de 20 % pour les médecins non adhérents.

(6) Hors transport et hébergement.

(7) Médicaments à SMR (Service Médical Rendu) important : remboursement à 65 % par l'Assurance maladie - Médicaments à SMR modéré : remboursement à 30 % par l'Assurance maladie - Médicaments à SMR faible : remboursement à 15 % par l'Assurance maladie.

(8) Forfait versé en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour une paire de lunettes (monture + 2 verres) dans la limite des montants suivants :

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Lunettes adulte	Monture	40 €	60 €	80 €	100 €	125 €	150 €
	Verre simple (par verre)	30 €	45 €	65 €	80 €	100 €	150 €
	Verre complexe (par verre)	80 €	90 €	100 €	130 €	160 €	250 €
	Verre très complexe (par verre)	130 €	170 €	210 €	250 €	300 €	350 €
Lunettes enfant (-18 ans)	Monture	40 €	40 €	60 €	60 €	60 €	70 €
	Verre simple (par verre)	30 €	40 €	50 €	60 €	65 €	70 €
	Verre complexe (par verre)	80 €	90 €	100 €	130 €	160 €	250 €

Dans la limite d'une paire de lunettes tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (1 paire de lunettes par an).
Verre simple : simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verre multifocal ou progressif.
Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,0 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(9) Chirurgie au laser ou lentille intra-oculaire.

(10) Sont considérées comme étant les « dents du sourire », 8 dents par mâchoire : les 2 incisives centrales, les 2 incisives latérales, les 2 canines et les 2 prémolaires. Forfait versé en plus du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de :

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
–	3 couronnes par an	4 couronnes par an	4 couronnes par an	5 couronnes par an	5 couronnes par an

Une fois le plafond atteint, prise en charge des couronnes remboursées par la Sécurité sociale dans la limite de 125 % BR.

(11) Entretien, réparation prothèses auditives : 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

(12) Substituts nicotiniques (patchs, gommes à mâcher...) ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale.

(13) Soins chez un praticien diplômé d'Ostéopathie (D.O.) ou diplômé de chiropraxie (D.C.). Dans la limite de 3 séances par an.

(14) Soins chez un praticien diplômé d'État (D.E.).

(15) Soins chez un praticien diplômé de psychologie ou diplômé de diététique. Dans la limite de 3 séances par an.

(16) Pharmacie prescrite non remboursée (homéopathie) - Consultations d'ergothérapeutes et de psychomotriciens - Dépistage des troubles du développement (visuel et auditif pour les moins de 3 ans), de l'apprentissage (vue, audition, dyslexie, dyscalculie) ou du comportement (troubles alimentaires, relationnels) - Bilans allergiques (tests cutanés).

(17) Prime par enfant inscrit dans les 3 mois de sa naissance ou de son adoption.

Garantie Ociane Assistance et Ociane Assistance Plus assurées par IMA Assurances, SA au capital de 7 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 - 79033 NIORT CEDEX 9, RCS Niort 481 511 632. Conditions générales de ces garanties disponibles auprès d'un conseiller Ociane ou sur ociane.fr.

Les garanties sont exprimées remboursement Sécurité sociale inclus hormis pour les forfaits optiques, dentaires, prothèses auditives, Prévention et Médecines douces, Protection Gros Pépins exprimés en euros remboursement Sécurité sociale exclu.

L'option Sérénité Famille s'inscrit dans le cadre du Contrat d'Assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association de Prévoyance Ociane auprès de la Mutuelle Ociane soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

mutuelle OCIANE
Santé • Prévoyance • Solidarité